

Ризици во тек на ортодонтскиот третман II - дел

Автор: Радеска Ана, Поповски Стипица

Коавтори: Златановска Катерина, Заркова Јулија

Универзитет Гоце Делчев, Факултет за Медицински науки - Штип

Екстраорални ризици

Алергии

Алергија на никел е многу почеста кај екстраоралните ортодонтски апарати, како хедгер и сл, отколку кај интраоралните ортодонтски апарати. Над 1% од пациентите имаат некаква форма на контактен дерматит на патенти и копчиња од облеката. 3% од овие пациенти тврдат дека имаат искуство со сличен осип со ортодонтски апарати. (слика 7 (12)) Употребата на леплив фластер над подрачјето кое е во контакт со кожа е доволна за ублажување на симптомите. Иако се ретки, сепак се нотираат и алергија на латекс (18) и некој од сврзувачките материјали.

Траума

Проследувајќи голем број на пациенти со траума на окото кои носат хедгер (19), дизајнирани се голем број на безбедни елементи и за истите се дадени јасни напатствија. Овие мерки вклучуваат безбедносни лакови (слика 8 и 9 (13 и 14)) и крути каиши за врат (слика 10 (15)). Анкета спроведена помеѓу британските ортодонти утврдила инциденца од 4% на фацијални повреди со хедгер. Од овие повреди, 40% биле екстраорални и 50% биле на средина на лицето. Двајца пациенти биле слепи како резултат на траума со хедгер. Повреда на окото е ретка и невообичаена, но сепак ризик за истата постои. Поради тоа, сите методи кои се достапни за намалување на ризикот за пенетрирачко око, потребно е да се искористат.

Изгореници

Изгореници, било термички или хемиски се можни и интра и екстраорално со невнимателна употреба на хемикалии или инструменти. Киселината за нагризување, електротермичките инструменти и стерилизираните инструменти кои не се доволно изладени, сите тие имаат потенцијал да предизвикаат изгореници и истите кога се користат треба многу да се внимава.

Темпоромандибуларна дисфункција (ТМД)

Во литературата големо внимание е посветено на врската помеѓу ТМД и ортодонтскиот третман. Додека ТМД е честа појава кај ортодонтски постарата популација, без разлика дали се спроведува ортодонтскиот третман или не, не постојат докази кои ја поткрепуваат теоријата дека ортодонтскиот третман предизвикува ТМД или ја лекува. (20) Веќе постоечка ТМД кај пациентот треба да биде нотирана и на самиот пациент треба да му се потенцира дека третманот нема очекувано т.е предвидливо да ја подобри неговата состојба. Исто така, на почеток на третманот треба да се разговара со пациентот за можноста на влошување на симптомите за време на третманот. Тогаш кога пациентите ќе ги почувствуваат симптомите за време на третманот, истиот треба да се насочи кон

елиминација на оклузалната дисхармонија и крепитациите во темпоромандибуларниот зглоб. Стандардниот третман вклучува најчесто мека храна и вежби за вилицата.

Нарушен профил

Екстракцијата на премоларите е осудена од страна на некои автори бидејќи го менува профилот на пациентот. (21) Голем број на студии покажале дека нема значајна разлика во профилите кај пациенти третирани со екстракција и оние третирани без екстракција. Voley (22) покажал дека ниту ортодонтите ниту општите стоматолози би можеле да направат разлика помеѓу третман со екстракција и третман без екстракција само со гледање на профилот. потребно е да се спомене дека промените на меките ткива се случуваат нормално со текот на годините, без обзир на ортодонтската интервенција.

Системски ризици

Вкрстени инфекции

Ширењето на инфекциите помеѓу пациентите, помеѓу терапевтот и пациентот и од страна на трети лица треба да се превенираат во текот на целиот третман. Употребата на ракавици, маски, стерилни инструменти и чисто работно поле се најважните елементи. Медицинската историја мора да се земе предвид за секој пациент со цел да утврдат ризик факторите, иако контролата на вкрстените инфекции треба да биде стандардна без обзир на медицинскиот статус.

Инфективен ендокардит

Пациентите со ризик за ендокардитис треба да се третираат исклучиво во консултација со нивниот кардиолог и со дадени соодветни упатства.(23,24) Пациентите мора да одржуваат непрекорна орална хигиена и да бидат антибиотски заштитени за инвазивни процедури како екстракција, сепарација, поставување на ортодонтски прстени и нивно отстранување. Користење на средства за испирање на усната празнина на база на хлорхексидин се препорачуваат и за секој третман, дури и за секојдневна употреба со цел да се минимизира бактериска акумулација.(24)

Заклучок

Јасно е дека постојат голем број на извори на потенцијални јатрогени оштетувања на пациентот за време на ортодонтскиот третман. Иако, тешки оштетувања се многу ретки. Тешките малоклузии имаат поголем бенефит од третманот отколку помалку тешките малоклузии, и мотивацијата помеѓу овие групи може доста да варира. Поединците треба да се проценат за ризик фактори за сите аспекти на здравствената заштита. Недостатокот на третман може да резултира со оштетувања, од физички или од психосоцијална природа. Прекин на ортодонтскиот третман без целосна корекција на малоклузијата, може да го остави пациентот во полоша состојба отколку пред почеток на истиот. Добра клиничка пракса, внимателна селекција на пациентите и информирање на пациентите за нивните одговорности се од суштински значење за успех на третманот и намалување на ткивните оштетувања.

Литература

- (1). Shaw W C, O'Brien K D, Richmond S, Brook P. Quality control in orthodontics: risk/benefit considerations. *Br Dent J* 1991; **170**:33-37.
- (2). Chang H S, Walsh L J, Freer T J. Enamel demineralisation during orthodontic treatment. Aetiology and prevention. *Aus Dent J* 1997; **42**: 322-327.
- (3). Mitchell L. Decalcification during orthodontic treatment with fixed appliances — An overview. *Br J Orthod* 1992 ; **19**: 199- 205.
- (4). Geiger A M, Gorelick L, Gwinnett A J, Griswold P G. The effect of a fluoride program on white spot formation during orthodontic treatment. *Am J Orthod Dento Orthop* 1988; **93**: 29-37.
- (5). Gorelick L, Geiger A M, Gwinnett A J. Incidence of white spot formation after bonding and banding. *Am J Orthod* 1982; 81: 93-98.
- (6). O'Reilly M, Featherstone J. Demineralisation and remineralisation around orthodontic appliances — an in vivo study. *Am J Orthod Dento Orthop* 1987; 92: 33-40.
- (7). Öggard B, Rølla G, Arends J. Orthodontic appliances and enamel demineralisation. Part 1. Lesion development. *Am J Orthod Dento Orthop* 1988; 94: 68-73.
- (8). McGuinness N. Prevention in orthodontics — a review. *Dent Update* 1992; **19**: 168-175.
- (9). Meister R E. Comparison of enamel detachments after debonding between uniteck's dynalok bracket and a foil mesh bracket: a scanning electron microscope study. *Am J Orthod* 1985; 88: 266 (abstract).
- (10). Jones M. Enamel loss on bond removal. *Br J Orthod* 1980; 7: 39.
- (11). Swartz M L. Ceramic brackets. *J Clin Orthod* 1988; 22: 82-88.
- (12). Atack N E. The orthodontic implications of traumatised upper anterior teeth. *Dent Update* 1999; 26: 432-437.
- (13). Takla P M, Shivapuja P K. Pulpal response in electrothermal debonding. *Am J Orthod Dento Orthop* 1995; 108: 623-629.
- (14). Brezniak N, Wasserstein A. Root resorption after orthodontic treatment Part I Literature review. *Am J Orthod* 1993; 103: 62-66.
- (15). Hendrix I, Carels C, Kuijpers-Jagtman A M, Van 'T Hof M. A radiographic study of posterior apical root resorption in orthodontic patients. *Am J Orthod Dento Orthop* 1994; 105 :345-349.
- (16). Diamanti-Kipioti A, Gusberti F A, Lang N P. Clinical microbiological effects of fixed orthodontic appliances. *J Clin Perio* 1987; **14**: 326-333.
- (17). Gjerdet N, Erichsen E S, Remlo H E, Evjen G. Nickel and iron in saliva of patients with fixed orthodontic appliances. *Acta Odont Scand* 1991; **49**: 73-78.
- (18). Natrass C, Ireland A J, Lovell C R. Latex allergy in an orthodontic patient and implications for clinical management. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999; 37: 11-13.
- (19). Booth-Mason S, Birnie D. Penetrating eye injury from orthodontic headgear: a case report. *Eur J Orthod* 1988; **10**: 111-114.
- (20). Luther F. Orthodontics and the temporomandibular joint: where are we now? Part 1 Orthodontic treatment and temporomandibular disorders. *Angle Orthod* 1998; 68: 295-304.
- (21). Rushing S E, Silberman S L, Meydrech E F, Tuncay O C. How dentists perceive the effect of orthodontic extraction on facial appearance. *J Am Dent Assoc* 1995; 126: 769-772.
- (22). Boley J C, Pontier J P, Smith S, Fulbright M. Facial changes in extraction and non extraction patients. *Angle Orthod* 1998; **68**: 539-546.
- (23). Khurana M, Martin M V. Orthodontics and infective endocarditis. *Br J Orthod* 1999; **26**: 295-298.
- (24). Hobson R S, Clark J D. Management of the orthodontic patient at risk from infective endocarditis. *Br Dent J* 1995; **178**: 289-295.



Слика 7 Алергија на никел (контактен дерматит)
кај пациент со хедгер



Слика 8 Безбедносе лак



Слика 9 Безбедносе лак



Слика 10